**CHEQUEO MÉDICO PRE EMPLEO**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nombre y Apellidos: {{ data.name }} Sexo: {{ data.sexo }} Edad {{ data.edad }}

Puesto de Trabajo: {{ data.job\_id }} . Área de trabajo: {% if data.area %}{{ data.area }}{% endif %}

Riesgo a que está expuesto

Ruido. \_\_\_ Vibraciones.\_\_\_ Exposición al Polvo. \_\_\_\_ 8 horas de pie. \_\_\_ Esfuerzos Físicos. \_\_\_ Ergonómicos. \_\_\_\_ Estrés. \_\_\_\_ Nocturnidad \_\_\_\_ Exposición a sustancias químicas\_\_\_\_ Esfuerzo Visual Sostenido. \_\_\_\_. Riesgos Biológicos. \_\_\_\_. Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exp. Médico

APF: Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

APP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Hábitos tóxicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Reacciones Adversas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Operaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| PIEL Y MUCOSAS  Respiratorios.  Expansibilidad Toráxico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Murmullo Vesicular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vibraciones Vocales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Exteriores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cardiovascular  Área de submatides cardiaca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Latido de la punta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Ruído Cardíaco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Presencia de soplos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Fc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Ta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| Abdómen  Plano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Globulosos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Excavado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Flácido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Contracturado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | Renal  Fosas lumbares: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  PPRU Ant. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Post. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Otros : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| TC: Edemas Si: \_\_\_\_\_\_\_  No: \_\_\_\_\_\_\_ | SOMA : Alteraciones detectables Sí : \_\_\_\_  No : \_\_\_\_ |

ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Grupo Dispensarial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Indicaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..

Conducta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HEA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nariz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nasofaringe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Orofaringe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Laringe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuello: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SPN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medios de Protección. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_